FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 53

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

HUBER JEAN

né à Andlau, le 13 mars 1904

Contribution à l'étude des Paraphrénies

Président : M. PFERSDORFF, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE SPÉCIALE
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 5

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

HUBER JEAN

né à Andlau, le 13 mars 1904

Contribution à l'étude des Paraphrénies

Président : M. PFERSDORFF, Professeur.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Assesseur	MERKLEN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	N
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✻ ✪
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. BLUM Léon O. ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale . . .	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique . .	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique . . .	PAUTRIER O. ✻ ✪ I
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique . .	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ A
Clinique infantile	ROHMER ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ A.	MM. FONTÈS ✪ A.
BELLOCQ ✪ I.	GÉRY ✪ A
BOEZ ✪ I.	SCHWARTZ ✪ A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BLUM (Paul) ✪ I.	MM. KELLER ✪ A.
GELMA ✪ A.	LARROUSSE
GUNSETT ✻ ✪ A.	SIMON ✻
HANNS ✻ ✪ A.	VAUCHER ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.	WEISS A.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesse! Que je sois couvert d'approbre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A Monsieur le Professeur

Charles PFERSDORFF

auquel je reste profondément reconnaissant pour la bien veillance avec laquelle il m'a guidé pour réaliser ce travail.

A mes parents
et à mon frère

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548015_0062

OBSERVATION CLINIQUE.

Observation de Rupp Michel. — 36 ans — cultivateur — marié.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Etait bien portant dans son jeune âge physiquement. Mais était sujet à des crises d'angoisse quand il était seul. Très timoré. Il a fréquenté l'école primaire où il ne fut pas un élève brillant. Il dit lui-même y avoir été très inattentif.

Il avait souvent le besoin instinctif et impératif de faire une action quelconque, sans signification. Ainsi il était par exemple forcé de revenir sur ses pas pour ramasser un caillou, sans savoir pourquoi, mais sans cependant avoir pu s'empêcher de faire cet acte.

Lors de la guerre, à laquelle il participa au début, il subit une commotion particulièrement violente.

Le lendemain de cette commotion il présenta tous les signes d'une paralysie faciale, pour laquelle il dut subir un long traitement. C'est pour cette raison qu'il fut exempt de service actif.

A la longue les symptômes de paralysie faciale s'atténuèrent peu à peu et après des années de traitement disparurent complètement. Il ne reste plus à l'heure actuelle (d'après les dires du malade) comme séquelle que des troubles du globe oculaire gauche, pour lesquels il est en traite-

ment à la clinique ophtalmologique où on a porté le diagnostic de choriorétinite maculaire.

Depuis ce moment Rupp est sujet à des états émotionnels et anxieux particulièrement violents et très fréquents.

Examen physique du malade

Homme de constitution moyenne. Les muscles sont bien développés. Le pouls est très régulier. Pas d'hypertension artérielle.

Poumon et abdomen : sans particularité.

Les pupilles sont légèrement mydriatiques, mais elles réagissent cependant bien à la lumière et à la convergence.

Les autres réflexes (tendineux et musculaires) sont légèrement exagérés.

Babinski — négatif.

Urines — sans particularité.

Examen mental

Le malade est accessible, mais semble être assez intimidé. Il est parfaitement lucide et a pleine connaissance de tout ce qui se passe autour de lui.

Il est bien orienté dans l'espace et dans le temps. Reconnaît les objets qu'on lui présente. Il articule nettement, mais parle d'une façon extrêmement lente. On constate, bien que très rarement, mais avec d'autant plus de netteté, des phénomènes d'arrêt.

Pas de maniérisme. Il se prête volontiers à l'examen. Il se plaint d'être sujet fréquemment à des crises de vertiges et à des crises de céphalées.

L'humeur est de nature dépressive. Il se sent très malheureux, surtout par moments. Assez souvent il a des crises d'angoisse d'une extrême intensité. Il craint alors de devoir mourir et voit tout sombrer autour de lui. La fin de ces crises est marquée par une sudation intense.

Il s'accuse d'être un misérable, un indigne, qui ne pourra plus jamais trouver de grâce ni devant Dieu, ni devant les hommes.

Il prétend lui-même qu'à la base de son état malheureux se trouve l'impuissance sexuelle de sa femme, qui, peu après le mariage, dut être opérée et qui, depuis se trouve dans un état de frigidité, qu'elle tend, il est vrai, à masquer.

Malgré l'attitude sexuelle de sa femme, il n'a eu que très peu de rapports sexuels avec d'autres femmes.

Examen du 7 décembre 1929

Le malade est moins timide qu'au moment du premier examen et fait ses déclarations d'une façon plus spontanée.

Il convient d'être amoureux d'une jeune fille de 21 ans, de sa parenté. Cette jeune fille, il l'aime d'un amour platonique. Cela se passe depuis quelques années déjà.

Le malade qui a pris confiance maintenant, se lance, non sans une certaine volubilité, dans les explications de ses pensées et de ses actes érotiques. « J'aime tant l'odeur des femmes qui suent, le goût de leurs urines. Un dimanche, je devais faire une partie de ski avec la jeune fille en question (celle qu'il aime).

Dans un dessein bien arrêté je lui faisais absorber beaucoup de boissons avant le départ, la persuadant que ceci serait absolument nécessaire avant d'entreprendre un long

voyage dans la neige. Mon calcul se vérifiait exact et ce que je voulais arriva. Elle avait le besoin d'uriner et se mit à l'abri derrière un bosquet. Je repérais exactement l'endroit, et le lendemain, bien que le chemin fût long et pénible, je revenais à l'endroit pour avaler avec délices la neige colorée par les urines.

Toutes mes pensées, toutes mes idées ne s'occupent que de ces choses-là. Je guette fiévreusement le moment où je suis seul chez moi. C'est alors que je puis m'emparer de son linge sale et satisfaire mes plus chers désirs. Le comble de ma joie est atteint au moment où je puis me procurer une de ses serviettes hygiéniques. J'ai déjà essayé de les avaler après les avoir coupées en morceaux. Mais n'y arrivant que très difficilement, je les exprime en général dans de l'eau et je bois le tout.

Pour ces choses-là, je serais prêt à tout sacrifier. Si une fille à Strasbourg que je connais voulait se prêter à toutes mes fantaisies, je vendrais mes vaches, tous mes biens pour lui en offrir l'argent. Seulement maintenant que je suis connu, que je suis surveillé, ces choses-là, je ne pourrais plus les exécuter qu'avec de grandes difficultés. Alors quand l'envie me prend, je rêve — et j'imagine des choses tellement horribles — que j'ose à peine les raconter. »

Si la bien-aimée était morte, il violerait son cadavre, ensuite il couperait les organes génitaux pour les manger. « J'aimerais tant boire aussi le sang d'une vierge. »

Il dit avoir peur de se laisser aller une fois et de violer une femme dans la rue.

Il contemple aussi ses petits pieds, les montre avec orgueil et satisfaction et s'en vante. Il adore les jambes de femmes, surtout si elles sont bien chaussées.

Examen du 13 décembre

Le malade est encore beaucoup plus déprimé qu'à l'examen précédent. Il est d'ailleurs parfaitement conscient de son état de dépression et il se plaint de devoir passer souvent par des crises analogues :

« La vie me dégoûte. »

Il a peur d'un accident qui pourrait lui arriver, d'un homme qui pourrait avoir intérêt à le supprimer : « J'ose à peine me promener dans la rue. Les gens voient à ma figure quel être hideux je suis ! D'ailleurs ils me regardent tous si drôlement. Pourquoi ? Parfois je ne peux même pas lever les paupières, et les gens s'en aperçoivent. Cela se passe dans une grande ville comme Strasbourg. D'ailleurs tous les agents de police m'observent attentivement dès qu'ils me voient venir. Ils se retournent tous sur moi et, j'en suis sûr, il y en a qui me suivent, qui me surveillent. Les contrôleurs de tramways, eux aussi, me guettent. Mon Dieu ! qu'est-ce qui va m'arriver ? (Cela dure depuis deux ans environ). Même le Directeur de la clinique se comporte ainsi. Il ne me considère pas. Il m'est très hostile et il m'observe seulement.

D'ailleurs rien ne me prouve encore que vous n'êtes pas vous aussi un policier.

Dernièrement je me trouvais seul dans mon grenier et subitement je sentais des hommes venir pour me tuer. Je me suis enfui à toute enjambée. »

Quand il ferme les yeux, il voit souvent la jeune fille qu'il aime venir à sa rencontre.

« J'ai entendu une fois une voix tout étrangère à mon oreille. C'était une après-midi de dimanche. J'étais en train

de jouer du piston à la fenêtre quand subitemnt une voix me dit très distinctement : « Pas cela! » Et cependant il n'y avait personne autour de moi ni dans la rue. J'ai remué toute la maison, mais on n'a trouvé personne. »

Il a déjà entendu aussi la voix de sa femme et de sa bien-aimée.

Une fois il a cru nettement que son café était salé. (« J'imagine que c'était ma femme qui avait fait cela pour me contrarier »), alors que tout le monde constatait que ce n'était pas le cas.

Examen du 17 *décembre* 1929

« J'ai beaucoup pleuré à cause de mes mauvaises pensées. Hier pendant l'orage, en plein hiver, j'ai vu le doigt de Dieu. Je sais, ce fut sûrement un avertissement. Mais je vous assure, je ne suis nullement responsable de mes actes ni de mes pensées. Ce sont mes voisins qui savent faire de la sorcellerie qui sont la cause de mon état mental. Ils rient. Je les entends. J'ai senti dans mon esprit qu'ils étaient derrière moi.

Quelqu'un m'influe de mauvaises pensées et de mauvais ordres. Je suis lié par quelque chose. Je ne sais par quoi. Par des princes et par des puissants des ténèbres. Les avez-vous remarqués ? « Je les sens. Je sens qu'ils sont en train de faire de moi un fou. »

« Mes pensées sont influencées, parfois même dirigées par d'autres. Je sens cela très nettement. »

Il sent nettement que quelqu'un lui commande certaines choses, que dorénavant il ne peut plus éviter. Ainsi certains actes comme l'onanie. « J'ai déjà cru souvent que quel-

qu'un a de la puissance sur moi depuis un certain temps. Parfois je ne suis moi-même plus mon maître. Est-ce le diable ? Non, je ne le crois pas. — C'est peut-être une femme qui voulait de moi et avec laquelle je ne me suis pas marié qui domine mon corps et mon esprit. J'étais déjà planté là sans pouvoir, et un autre m'a commandé. J'avoue que je mérite tout cela, car je suis un misérable. »

Il fait souvent des rêves religieux angoissants. « Le jugement dernier s'approche. Dieu me repousse. J'ai rêvé l'autre nuit que j'étais assis à l'auberge en train de jouer aux cartes, lorsqu'une voix me cria subitement: « Le sauveur est là ! »

Les associations ne montrent rien de positivement particulier. Cependant il donne quelquefois des définitions inexactes, comme celles qui caractérisent la schizophrénie. Quand il vit la jeune fille l'autre jour, il eut un arrêt total du langage.

Sa mémoire semble être intacte. Il se plaint cependant de ne plus bien pouvoir se souvenir des choses qui se sont passées tout récemment.

Le malade se plaint de ce que tout ce qui le chagrinait autrefois, tout ce qui lui donnait des soucis, lui est à l'heure actuelle totalement indifférent. « Avec ma femme je joue la comédie en faisant sembler de l'aimer beaucoup, ce qui en réalité n'est pas le cas. » Cela ne l'empêche pas de pleurer souvent en pensant à ses parents et à ses beaux jours passés.

Il manifeste encore une tendance nette à l'isolement, à se séparer des autres. Il craint les interrogatoires et les visites. « J'aime bien penser pour moi tout seul. J'ai rêvé pour moi dans les derniers temps tellement de choses, qu'il me faudrait des années pour les raconter. »

Examen du 18 décembre

Le malade se refuse au début à reproduire des associations. — « Tout cela, c'est pour me mettre en prison. Pourquoi ? J'ai une mauvaise conscience à cause de mes affaires sexuelles. »

Il manifeste toujours la tendance à la préoccupation sexuelle. — « J'ai tellement peur de devoir commettre un jour un crime. » « Il y a beaucoup de fort jolies personnes jeunes et distinguées qui m'aiment et que je pourrais avoir facilement. Des soeurs de doctoresse. Les plus belles personnes de l'hôpital. On vient me visiter et d'autres en sont jaloux. Il y a dans toutes les cliniques des étudiantes qui voudraient de moi. Les plus chics femmes de la rue me regardent avec convoitise.

Le surnom qu'on vient de me donner est exact. Je suis un véritable Don Juan. »

Néanmoins l'état général s'est déjà beaucoup amélioré. Les céphalées et les vertiges ont cessé. Révélons encore que notre malade est un alcoolique d'occasion — pour noyer son chagrin d'amour — comme il s'exprime lui-même.

Discussion du cas

Avant d'entreprendre l'étude des symptômes que présente notre cas, et de lui assigner la place qui lui est due, il nous semble utile de dire un mot des paraphrénies et du cadre nosologique auquel elles appartiennent.

Kraepelin a essayé de bien définir les psychoses susmentionnées et les a divisées en formes :

systématiques
expansives
fantasques
confabulatoires.

Un certain groupe de leurs symptômes porte l'affection vers la Démence précoce. Dans un autre groupe les symptômes spécifiquement schizophréniques sont peu au premier plan et les processus distinctifs sont discutables.

Si l'on considère l'indifférence affective de certains de ces cas après de longues années comme symptômes de démence, la majeure partie des délires hallucinatoires chroniques *périodiques* présente en effet cet aspect et l'existence de ce symptôme justifierait l'annexion des délires hallucinatoires au cadre de la schizophrénie.

Si nous laissons la discussion de la conception Kraepelienne pour le moment de côté, nous constatons que nous retrouvons dans la majeure partie des paraphrénies le délire chronique systématisé de Fallret et Magnan, fait que Kraepelin n'a cessé de souligner lui-même dans son chapitre des paraphrénies.

Nous pouvons donc, sans entrer dans la discussion de la terminologie (française et allemande) constater avec satisfaction que la description objective des délires en question est identique chez les auteurs, lors même que leur terminologie diffère, et les descriptions objectives forment la base solide de la discussion que nous allons dorénavant entreprendre.

Le tableau clinique que nous avons sous nos yeux peut être divisé en deux grands groupes.

Tout d'abord nous trouvons des symptômes, qui, comme nous allons le montrer, sont d'ordre constitutionnel. On est frappé du rôle prépondérant et du genre des représentations sexuelles du malade.

Nous aurons à étudier si ce côté prédomine, et si en vérité il joue le rôle prépondérant que de prime abord il semble tenir. Le malade — onaniste invétéré — se sert du linge souillé de la femme qu'il aime, pour satisfaire ses désirs. Il se sert exclusivement de linge déjà souillé, parce qu'il en aime particulièrement l'odeur. Il goûte les urines et les secrétions menstruelles à cause du goût et de l'odeur. Nous le classerons par conséquent dans le groupe des fétichistes du goût et de l'odorat.

Quand il contemple et exhibe avec orgueil ses petits pieds, il nous fait penser au Narcisme.

Des cas très semblables de fétichisme sont décrits par Magnus Hirschfeld qui étudie à fond cette question dans le III[e] volume de sa *Sexualpathologie*. Il décrit en particulier un cas presque analogue de fétichisme de l'odorat chez une femme, dans son III[e] volume (page 26).

Louis Barras (dans une Thèse méd. de Montpellier, année 1920) dit que :

« plus les objets sont souillés et imprégnés d'une odeur sui generis, plus la stimulation est vive. » (Plus l'excitation génitale est intense.)

Le même auteur encore rangerait notre cas parmi les fétichistes renifleurs de sa classification.

Ce tableau sexuel nettement tracé pourrait inviter à faire des analyses plus approfondies et même servirait de base à l'explication de l'anormal de notre cas, qui se révèlera dans la suite.

Si on examinait les données ci-contre d'après le système des partisans de la psychanalyse, on arriverait aux conclusions suivantes :

Il s'agit là d'un homme qui n'arrive nullement à satisfaire ses désirs sexuels, par suite de l'état de frigidité de son épouse.

Sa constitution plutôt timide, et la peur de complications qui pourrait en résulter lui interdisent de chercher cette satisfaction ailleurs. Que va-t-il faire ? Où va-til s'adresser ?

Il fera appel à son imagination pour créer un monde irréel, pour satisfaire ses désirs. Il s'enfermera (ceci est d'ailleurs facile à prouver chez notre malade) de préférence dans son moi intérieur. Le monde extérieur perdra de plus en plus de sa valeur. Tous les événements, même ceux d'ordre affectif, lui deviendront de plus en plus indifférents et c'est ainsi qu'il deviendra Autiste, dépourvu d'affectivité, susceptible d'évoluer vers la dissociation psychique.

Pouvons-nous vraiment admettre que ce simple mécanisme de l'esprit, que cette simple opération de pensée, pour-

rait constituer la cause de tels symptômes qui caractérisent la démence ?

Celle-ci correspond à un état anatomique, à une lésion. La transformation psychogène en processus organique, s'il existait, ne peut pas s'expliquer scientifiquement.

Admettre un pareil processus, relève du domaine de la foi et pas de la science et serait à comparer au dogme de la transubstantiation.

Nous constatons donc jusque-là une forte tendance érotique.

Nous aurons à étudier la question, si la constellation psychique habituelle du malade, imprime une nuance particulière aux symptômes nettement psychotiques que le malade présente. Nous allons les étudier.

Idées délirantes

Après une forte commotion cérébrale se développe une phase toute différente, dans laquelle nous trouvons d'abord de véritables paroxysmes d'angoisse que le malade interprète dans le sens de la persécution.

Crises de terreur quand il est seul au grenier.

« Des hommes viennent pour me tuer. »

Dès lors nous trouvons des idées délirantes classiques : celles de la culpabilité et de l'indignité qu'il manifeste à tout instant.

« Je suis un indigne, un misérable. »

Puis vient le délire du type d'interprétation.

Le malade croit que tout le monde l'observe. Il rencontre partout la police, partout il y a des agents qui le surveillent.

Il n'ose plus lever les yeux, parce que tout le monde reconnaît en lui un grand coupable.

Le malade précise encore les idées de persécution.

« Il y a des voisins qui m'en veulent et qui savent faire de la sorcellerie, qui causent tous ces malheurs. »

Partout aussi il voit le doigt de Dieu qui va l'écraser d'un moment à l'autre pour le punir des crimes, qu'il croit commettre.

Hallucinations

Puis un jour le malade a entendu une voix lui parler à l'oreille, lui dire : « Pas cela ! » quand il était en train de jouer de la musique.

Cette voix, il ne l'a pas entendue par intuition, c'est-à-dire perçue par son esprit, sans l'intermédiaire de l'ouïe. Mais il la localise nettement en dehors. C'était bien son oreille qui l'a entendue. C'était une véritable perception. Il s'agit donc là d'une hallucination sensorielle.

Cette hallucination lui intimait un ordre. Elle commentait ainsi un certain acte, qu'il était en train d'exécuter. C'était là en quelque sorte une critique de son morceau de musique.

Il s'agit donc ici sûrement d'une de ces hallucinations qui font le commentaire de certains actes, et dans ce cas particulier en donnant un ordre :

« Fais ceci ou *Pas cela.* »

Ces hallucinations qui commandent se produisent en général d'une façon automatique et inconsciente.

Ceci, nous le remarquons fort bien chez notre malade.

Elles peuvent se rencontrer d'ailleurs chez les maniaques dont les états sont caractérisés par des fuites d'idées et par des phénomènes associatifs « mécanisés. »

Depuis cette première hallucination sensorielle il a entendu plusieurs fois la voix de sa bien-aimée, comme si elle eût été présente.

Une autre fois, il prétendit que son café, qui en réalité était bien sucré, aurait eu un goût très salé, un goût fort bizarre. Il dit bien ici que sa femme y avait mis quelque

chose pour le contrarier. Il explique donc encore dans le sens de la persécution.

Et ceci nous amène à mentionner tout simplement, qu'il y a des auteurs qui ont prétendu que les hallucinations une fois établies, constituent mainte fois le point de départ des idées délirantes, et en particulier des idées délirantes de la persécution.

Il y a dans ce domaine encore autre chose.

Le malade sent des forces étrangères refouler sa propre personne, lui commander, agir à sa place, influencer ses actes et ses pensées.

Il ne peut pas se soustraire aux ordres que lui donnent ces forces :

« Je sens souvent un autre qui est derrière moi et qui me commande. »

Comme le malade parle de forces étrangères, nous ne croyons pas qu'une image verbale ou auditive entre en considération, mais plutôt qu'il s'agit d'hallucinations motrices ou psychiques. Quand aux hallucinations motrices, nous n'avons pu en constater (donc psychiques).

Nous savons fort bien que la question des hallucinations psychiques est loin de sa solution.

Nous tenons à relever ici que nous ne considérons pas les hallucinations psychiques comme pseudo-hallucinations des hallucinations sensorielles qui seraient en opposition avec les hallucinations verbales vraies, comme le font Jasper et d'autres auteurs.

Nous croyons plutôt qu'il s'agit d'une localisation de phénomènes hallucinatoires tout autres. Ce sont les fonctions idéatoires qui réalisent ce que *Pick* appelle « les cadres du

langage intérieur » qui semblent être le siège du processus hallucinatoire, et une évocation hallucinatoire simultanée de l'image auditive verbale n'a pas besoin d'exister en même temps.

Nous comprenons alors que les malades ne parlent pas de voix, mais d'influences sur les idées et sur les actes. (Voir Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie, Pfersdorff). Année 1913.

L'analyse de tous ces symptômes est nécessairement difficile et compliquée, puisqu'elle demande au malade un grand degré d'autocritique et d'autoobservation.

C'est donc pour cette raison que l'autoobservation de l'aliéniste Kandinsky est particulièrement précieuse.

Mais nous croyons pouvoir stipuler comme signe caractéristique relativement sûr d'hallucinations psychiques, outre l'absence de tout élément sensoriel, (acoustique), le fait, que, dans les hallucinations psychiques dont il s'agit dans notre cas, le malade ne produit pas l'idée délirante du dédoublement de la personnalité, mais parle de forces étrangères qui opèrent sur lui, sans que cette emprise sur sa motricité soit provoquée par des voix.

L'existence de cette catégorie d'hallucinations est particulièrement précieuse pour notre diagnostic. Nous y reviendrons un peu plus tard quand le diagnostic sera à faire.

Associations

Les associations du malade ne montrent rien de positivement anormal. Par moments cependant, surtout quand il est fatigué, il donne des réponses absolument incohérentes, sans signification aucune, qui sont caractéristiques de la schizophrénie (phénomènes d'arrêt).

Pendant que le malade nous dit ou nous raconte quelque chose, il lui arrive de temps en temps de s'arrêter brusquement, et de ne plus pouvoir reprendre, même avec la meilleure volonté du monde, le fil de la conversation entamée. En général il aborde alors un tout autre sujet, dont il n'a été nullement question (phénomènes d'incohérence).

Affectivité

Ici c'est l'attitude calme et indifférente du malade qui frappe tout de suite. Le malade n'est pas le moins du monde affecté d'être à la clinique, loin de sa famille.

Les temps de réaction sont prolongés.

L'indifférence qu'il manifeste pour son entourage est caractéristique. Avec sa femme, il joue la comédie. Il fait semblant de l'aimer beaucoup, sachant fort bien qu'en réalité ceci n'est pas le cas.

Tout ce qui se passe dans son foyer, chez sa femme ou chez ses parents lui est indifférent à l'heure actuelle. Il n'a plus les préoccupations d'autrefois.

Il n'y a plus d'événement d'ordre affectif qui puisse atteindre grandement son psychisme.

Chose étonnante, il s'en plaint d'ailleurs lui-même, et il s'étonne de ne plus avoir les soucis et les chagrins d'autrefois.

Cette auto-observation de son propre manque d'affectivité est un fait qu'on rencontre bien fréquemment chez les catatoniques.

Il ne pleure d'ailleurs pas comme certains autres psychotiques son propre manque d'affectivité, il constate tout simplement le fait. Chez ceux-là une partie de l'affectivité est encore conservée, puisqu'ils ont encore la faculté de s'émouvoir de leur manque d'affectivité. Chez lui, par contre, l'absence de l'affectivité est à peu près totale.

Autisme

Le malade manifeste une tendance nette à s'isoler, à se séparer des autres. Il craint les conversations et fait son possible pour les éviter. Il préfère rêver.

« J'aime bien penser pour moi tout seul. J'ai rêvé dans les derniers temps de tant de choses, qu'il me faudrait des années pour vous les raconter. »

Cette tendance n'existait pas chez lui autrefois.

C'est seulement depuis quelque temps que son entourage a observé qu'il se renferme de plus en plus, qu'il est devenu « rêveur ».

Attitude générale

Le malade est parfaitement accessible. Il ne manifeste pas de répugnance ou d'opposition à répondre aux diverses questions. Il fait même des déclarations spontanées.

Sa parole ne s'accompagne que de très peu de mouvements mimiques.

Ses actes et son comportement ne montrent pas de parafonction, mais son inactivité est frappante. Il ne s'occupe ni de lecture ni de jeux et ne montre aucun intérêt.

Pendant la journée on le rencontre le plus souvent assis, la tête enfoncée dans les mains, en train de rêver. Aussi sa démarche est-elle lente et paresseuse.

Répétons encore à cet endroit, que d'une façon générale, le malade est lucide, bien orienté et logique dans ses raisonnements.

Diagnostic

Pour le diagnostic de notre cas, plusieurs psychoses entrent en ligne de compte.

Ce sont :

La Folie maniaque dépressive et la paranoia d'une part, la Schizophrénie et tout particulièrement la Paraphrénie Kraepelinienne d'autre part. Nous tâcherons de voir parmi laquelle de ces affections notre cas devra se ranger.

Nous savons fort bien que chaque maniaque peut produire pour un certain temps de l'interprétation délirante.

Si nous devons exclure cette forme, c'est que premièrement l'affectivité de notre cas, à peu près réduite à zéro, ne correspond pas du tout à l'affectivité plutôt rehaussée de la Folie maniaque dépressive; deuxièmement les hallucinations psychiques que nous avons trouvées chez notre malade et étudiées précédemment manquent toujours dans les folies maniaques dépressives, lors même qu'on peut parfois y relever des hallucinations sensorielles.

L'évolution chronique du délire, sa systématisation, nous rapprochent davantage de la paranoïa. Celle-ci, bien que des auteurs comme Specht aient voulu l'assimiler à la psychose maniaque dépressive, s'en distingue précisément par la systématisation de son délire (chose que nous relevons dans notre cas); mais surtout encore par le fait que ce délire passe de plus en plus à la chronicité, et ne connaîtra plus, un moment donné, des phases de rémission.

Nous savons très bien qu'il y a des auteurs tels que Skliar à Tambow et Krueger (Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie, Année 1915) qui ont essayé de

faire entrer à tout prix toute forme de paraphrénie ou au moins le plus grand nombre de ces formes dans le cadre de la paranoia, sans s'arrêter à ce symptôme capital que constituent les hallucinations (sensorielles et psychiques).

D'après les auteurs classiques tels que Sérieux, Capgras, Bleuler, etc., à l'avis desquels nous nous sommes rangés, celles-ci ne se rencontrent jamais dans la paranoia, qui ne peut donc pas entrer en ligne de compte.

Seule la forme mystique ambitieuse de la paranoia peut contenir certaines hallucinations. Comme notre malade n'a pas de délire mystique ambitieux, cette possibilité est aussi à exclure.

La diminution de l'affectivité du malade, — son autisme — les phénomènes d'arrêts et d'incohérence ouvrent d'autres possibilités au diagnostic. Il se pourrait, en effet, que nous soyons en présence d'une schizophrénie, ou plus spécialement d'une de ces formes que Kraepelin appelle Paraphrénie.

La prédisposition congénitale du malade, ses antécédents personnels (sexuels) chargés ne doivent nullement nous empêcher d'envisager cette possibilité — bien que nous ayons dès lors à faire à une affection accidentelle (non constitutionnelle).

Nous croyons pouvoir affirmer que l'état sexuel constitutionnel du malade n'a rien de commun avec l'état actuel, pathologique, que nous venons de décrire.

Si nous admettons que l'état constitutionnel aura pu constituer un terrain favorable pour la greffe de l'état pathologique secondaire, nous réfutons toutefois sérieusement cet état constitutionnel comme cause déterminante. Il faudrait pour cela *au moins* pouvoir admettre qu'une partie

des idées délirantes et des hallucinations du malade sont de nature sexuelle. Or, rien de tel n'a été constaté chez lui.

On sait que Kraepelin décrit des formes du délire chronique qu'il réunit sous le nom de « paraphrénies », et il y a particulièrement la paraphrénie systématique, à laquelle notre cas semble pouvoir être attribué.

Kraepelin lui-même a toujours souligné, que la paraphrénie systématique était identique au délire chronique à évolution systématique de Fallret.

Cette forme peut se présenter sous une forme spécialement décrite par Séglas, qui est accompagnée d'hallucinations motrices. C'est l'avenir seul qui décidera si notre cas relève vraiment de la paraphrénie systématique, c'est-à-dire s'il conservera la cohérence actuelle et si les symptômes de dissociation ne s'approfondiront pas, en un mot, si le délire aura son évolution systématique, sans que les symptômes de dissociation se mettent au premier plan. Car il y aurait encore deux possibilités à envisager :

1° — Après une période de délire systématisé, les symptômes de démence dissociative peuvent prendre le dessus, et les symptômes moteurs catatoniques classiques se substituer au délire. Il s'agirait alors de la forme que l'on désignait autrefois sous le nom de « Dementia paranoides. »

2° — La maladie peut présenter une rémission avec disparition de tous les symptômes délirants et hallucinatoires. Les phases de rémission de ces cas ne présentent que des symptômes de dissociation et des troubles de l'affectivité.

Or, pendant la phase de rémission, il n'est plus question ni de délire ni d'hallucinations. Mais ces derniers (délire et hallucinations) ont tendance à réapparaître non seulement une fois, mais de façon périodique.

Nous serions alors en présence d'une de ces formes périodiques de la schizophrénie, que décrit le Professeur Pfersdorff dans sa contribution à l'étude des délires chroniques.

Les formes périodiques ne diffèrent de la paraphrénie que par le fait, qu'ils ont des intervalles libres entre les différentes attaques, tandis que chez le paraphrénique, le délire et les hallucinations persistent toujours, lors même que ces symptômes présentent des variations d'intensité.

Il nous est pour le moment impossible de décider à coup sûr à laquelle de ces trois formes, à savoir : paraphrénie, dementia paranoides ou forme périodique de la schizophrénie notre cas appartient.

CONCLUSION

Nous nous trouvons vraisemblablement en présence d'un cas qui relève de la paraphrénie systématique de KRAEPELIN. Celle-ci est identique aux délires hallucinatoires chroniques de MAGNAN, surtout grâce aux hallucinations motrices et psychiques qu'elle contient; nous avons relevé chez notre malade la présence d'hallucinations psychiques.

L'affection se caractérise schématiquement par un délire systématisé, par la présence d'hallucinations et par une affectivité réduite. Le premier de ces symptômes lui donne une allure de paranoïa, les deux autres, par contre, excluent toute possibilité d'identification avec cette dernière psychose. Mais, outre les symptômes mentionnés ci-dessus, nous avons vu qu'il existe en plus de l'autisme, des phénomènes d'arrêt et des phénomènes d'incohérence dans les associations, qui contribuent davantage à consolider l'opinion kraepelinienne et celle d'autres auteurs, à l'avis desquels nous nous sommes d'ailleurs rangés. Ceux-ci, en effet, sans identifier complètement la paraphrénie à la schizophrénie, la rattachent au même groupe, en font en quelque sorte un chapitre à part et lui réservent tous les droits de famille.

Il est intéressant de relever que les mécanismes associatifs pathologiques ne tiennent nullement compte du caractère du malade même. Les idées d'ordre érotique, les nombreuses perversions (fétichisme, narcisme, etc.) n'ont aucune influence sur les mécanismes psychotiques; pas une seule des idées délirantes du malade, ni de ses hallucinations, n'a

un contenu sexuel. Ce contraste entre le caractère habituel et la symptomatologie de la psychose montre bien que la paraphrénie est une psychose accidentelle et non constitutionnelle.

S'il s'agissait d'un développement pathologique du caractère, comme par exemple dans la paranoïa, le matériel de la psychose présenterait les mêmes particularités que le caractère habituel du malade.

Dans notre cas, par exemple, les idées sexuelles et érotiques devraient prédominer.

VU
Le Président de Thèse :
Prof. PFERSDORFF.

VU
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
ANCEL.

VU et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg :
Ch. PFISTER.

BIBLIOGRAPHIE.

1. *Krœpelin,* Psychiatrie, 8e édition, tome III.
2. *Serieux et Capgras,* in. Sergent., Traité de Médecine et de Thérapeutique appliqué, Psychiatrie, tome I.
3. Prof. *Pfersdorff,* Contribution à l'étude des délires chroniques (paraphrénie + paranoia), 1922.
4. Prof. *Pfersdorff,* Zur Kenntnis der Trugwahrnehmungen, Org. Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie, Année 1913.
5. *Bernard Frey,* Conception de Kræpelin, et conception française, concernant les délires systématisés chroniques, Thèse médic., Strasbourg, Année 1923.
6. *Krueger H.,* Zur Frage nach der nosologischen Stellung der Paraphrénien, Zeitschrift für die gesammte Neurologie u. Psychiatrie, Année 1915.
7. *Mayer W.,* Ueber paraphrene Psychosen, Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie, Année 1921.
8. *Mehlinger,* Contribution clinique à l'étude de la paranoia, Thèse méd., Strasbourg, Année 1924.
9. *Hirschfeld Magnus,* Sexualpathologie, tome 3.
10. *Banas Louis,* Le Fétischisme, Thèse méd., Montpellier 1924.